

06. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E A INSERÇÃO DOS MÉDICOS ESTRANGEIROS NO ESTADO DE SERGIPE

Alexsandra Moreira Feitosa¹

Introdução

O presente trabalho tem como objeto de análise os significados produzidos em torno da presença da figura dos médicos estrangeiros contratados pelo Programa Mais Médicos para atuar no estado de Sergipe. O objetivo é compreender de que forma a presença dos médicos estrangeiros é representada pelos diversos atores sociais com os quais estes se relacionam, ou seja, os pacientes, a equipe de trabalho, a comunidade médica brasileira, etc.

O interesse pelo tema aqui apresentado surgiu a partir da massiva repercussão midiática das informações sobre o programa Mais Médicos e sobre as inúmeras discussões em torno de tal política com relação às fragilidades da estrutura do sistema público de saúde e da expansão dos cursos de medicina, mas o tema que gerou mais polêmica foi relacionado à contratação de uma quantidade significativa de médicos formados no exterior para atuarem no Brasil sob o argumento de suprirem a carência de vagas que não vinham sendo preenchidas pelos médicos brasileiros. As divergências suscitadas pelo tema dividiram a classe médica brasileira e a opinião pública, tendo grande repercussão em diversos veículos de notícias, como telejornais e também na internet em blogs e sites.

A partir de um levantamento das informações sobre o Mais Médicos, não foi difícil encontrar material referente ao programa, principalmente dados disponibilizados pelo próprio Governo Federal através do site oficial, bem como dados de levantamentos produzidos pela imprensa de maneira geral. Mas, inicialmente, foram raros os trabalhos acadêmicos produzidos

¹ Mestranda em Sociologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Sergipe – PPGS/UFS. Licenciada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa: Processos Identitários e Poder – GEPPIP. alexsandramoreira2009@hotmail.com.

sobre o tema, provavelmente por se tratar de uma política pública relativamente recente, pois foi instituída em meados de 2013. No entanto, após cerca de dois anos do início do programa, a produção acadêmica, sobretudo da área de saúde e da assistência social, tem sido mais visível. Incluindo publicação de material produzido Governo Federal e dossiê em revista da área da saúde sobre o programa e a experiência dos gestores, coordenadores e médicos participantes em diversas regiões do país.

O ponto de partida da análise é a tomada da questão identitária a partir da relação entre cultura e poder também enquanto construção social, não fazendo referência apenas à construção de uma auto-identidade, e sim de algo mais abrangente, como defendem alguns autores (CUCHE, 2002; ENNES; MARCON, 2014), onde a identificação é um processo que passa necessariamente por uma relação com o semelhante e com o diferente, onde são geradas nomeações, auto-nomeações e hetero-nomeações (CUCHE, 2002).

A abordagem teórica aqui adotada tem como base a discussão sobre os processos identitários enquanto alternativa para compreensão das relações entre cultura e poder. Embora seja uma perspectiva que possibilita compreender o objeto pesquisado, é necessário estar sempre atento para fugir dos usos que essencializam as identidades tomando-as como representações fixas que os indivíduos têm de si mesmos. Deve ficar claro aqui que a abordagem deste trabalho tem como princípio pensar a identificação enquanto uma construção resultante de um processo que envolve luta e disputas por bens simbólicos e permeada por relações de poder.

O estudo dos processos identitários contribui para compreender a maneira como os indivíduos estrangeiros, inseridos em um contexto diferente do local de origem constroem a imagem de si mediante a relação com os outros, e como essa imagem é construída pelos outros, pois, as identificações são construídas levando em conta os pertencimentos e as diferença. O debate sobre a construção das identidades é uma das questões relevantes da sociedade contemporânea. Neste contexto de mudanças intensas, os indivíduos e grupos têm vivido transformações profundas no modo de viver e nas concepções sobre si mesmos e sobre aqueles com os quais estabelecem relações políticas e sociais. Muitas destas relações ocorrem em cenários de disputas e lutas por bens materiais e simbólicos.

Este trabalho está dividido da seguinte forma: além desta introdução, um tópico

relacionado ao debate sobre os processos identitários e um segundo tópico sobre o Programa Mais Médicos e o relato das explanações de campo, por fim, são apresentadas as considerações finais.

1. Processos e configurações Identitárias

O objeto aqui destacado é a construção social das relações entre os indivíduos num contexto de disputa simbólica entre estrangeiros e comunidade no Estado de Sergipe. Nesse sentido a exposição teórica proposta por Norbert Elias pode dar luz à compreensão de como são construídas as relações inter e intragrupais entre médicos estrangeiros e comunidade e como a partir dessas relações como os indivíduos se auto-identificam e identificam o “outro”. Tais proposições se encontram em consonância com o proposto na discussão acerca dos processos identitários, como veremos a seguir.

O debate sobre a construção das identidades é uma das questões relevantes da sociedade contemporânea. Neste contexto de mudanças intensas, os indivíduos e grupos têm vivido transformações profundas no modo de viver e nas concepções sobre si mesmos e sobre aqueles com os quais estabelecem relações políticas e sociais. Muitas destas relações ocorrem em cenários de disputas e lutas por bens materiais e simbólicos. O debate sobre as identidades na contemporaneidade se apresenta na tensão existente entre duas perspectivas, a essencialista e a não-essencialista. A primeira apresenta as identidades como fixas e determinadas, partilhada por todos em uma nação; a segunda, diria respeito ao caráter mutável, à diferença.

É justamente na tentativa de fugir da perspectiva essencialista que Woodward (2000), tenta demonstrar a construção das identidades como processo relacional, situado no tempo e no espaço e caracterizar as relações de identificação envolvendo estruturas simbólicas que dão significado às identidades e à noção de pertencimento. Mostrando assim, como o processo de globalização alterou as noções de identidade e subjetividade. E afirma que “essas identidades adquirem sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos pelos quais elas são representadas”. (WOODWARD, 2000, p.8).

Já o conceito de identidades defendido por Stuart Hall (2002) a vê como descentrada, onde o sujeito pós-moderno não possui uma e sim várias identidades por vezes até contraditórias. Essa descentração seria causada por uma série de transformações na estrutura da sociedade ocorridas pelo processo de globalização. Tal definição é compatível com o conceito de identidades de Manuel Castells (1999), que, além disso, diferencia “identidade” como sendo autodefinível e de fundamental influência na vida do indivíduo, dos “papéis sociais” que seriam socialmente definidos. As identidades teriam maior importância para os sujeitos porque são internalizadas por eles e estão carregadas de sentido e significado, enquanto os papéis sociais são externos ao sujeito e podem representar significado ou não à medida que se internalizam. Pode haver convergência entre ambos se um papel social for internalizado, ganhar significado para o sujeito a ponto de ser também parte do seu processo de identificação. Castells (1999) ainda destaca que quem constrói as identidades, em certa medida, determina seu conteúdo simbólico; tais determinações ocorrem no contexto de relações de poder. Partindo daí, distingue três tipos de identidade: A primeira é a que chama de “identidade legitimadora”, que seria introduzida pelos setores dominantes da sociedade para garantir a dominação sobre os outros setores; a segunda, chamada “identidade de resistência”, é a criada pelos desfavorecidos para resistir a uma situação opressiva; e a terceira, a “identidade de projeto”, é a construção de um novo tipo de identidade a partir de algum artifício cultural para promover alguma mudança no modelo de organização da sociedade da qual fazem parte. (CASTELLS, 1999, p. 24).

Outro ponto crucial no entendimento da questão identitária é a importância que a representação tem como processo cultural na construção das mesmas e, por ser a identificação um processo relacional, isso implica na existência de relações de poder:

A representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-nos como sujeito. É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. (WOODWARD, 2000, p.17).

Como podemos perceber, para compreensão dos processos identitários a ênfase é dada às relações de poder que o caráter de diferença das identidades implica, bem como a capacidade de contextualizar o sujeito para entender como sua identidade é construída.

Na visão de Laclau (2001), as relações de grupos são eminentemente relações de poder que envolvem exclusão e subordinação dos outros grupos (LACLAU, 2001, p. 238). Sempre que

se avalia uma identidade, deve-se fazê-lo levando em conta o contexto, e qualquer modificação contextual irá acarretar mudanças das identidades. As disputas identitárias são geradas pelo seu caráter de diferença. A diferença pressupõe binarismos como inclusão e exclusão. A identidade dominante fará suas regras e ditará quem está dentro ou fora, o que pode e o que não pode ser feito.

Nesse sentido, é possível fazermos uma relação com a perspectiva de sociedade apresentada por Elias em primeiro lugar corresponde à consideração que é impossível pensar o indivíduo como ser independente de todos os outros e isolado dos contextos sociais, muito pelo contrário, o indivíduo só é passível de compreensão de analisado tomando em consideração as suas relações com o mundo social do qual é parte integrante. Dessa mesma forma, o pesquisador há de se convencer que também é um ser social e não está desprovido de relação com outros indivíduos e grupos, sendo assim interdependentes.

O segundo ponto a considerar no estudo do social são os aspectos figuracionais das relações entre grupos, mostrando como as relações de poder dentro de um grupo e na relação intergrupal estão ligadas às figurações de poder entre eles.

Elias apresenta uma grande contribuição para pensar a sociedade ao tentar desconstruir a ideia da existência de um abismo entre a sociedade e o indivíduo, na medida em que não se justificaria buscar a superioridade de um em detrimento do outro, pois que ambos são interdependentes. E, embora a sociedade seja composta pela junção de pessoas, não é esse simples aglomerado que a explica, pois, é fato que diferentes junções de pessoas assumem características fundamentalmente diferentes em locais diferentes e épocas distintas. Mas isso não é suficiente para explicar as constantes transformações sociais, que não são dependentes meramente das vontades individuais, e por vezes até contrárias. Embora os indivíduos sejam os componentes da sociedade, há, para Elias, um algo a mais que explica a existência da sociedade e também a influência que esta tem sobre o indivíduo ao mesmo tempo em que esse também exerce poder sobre ela.

O pensamento social de Elias pode ser descrito como baseado nas relações, pois que, como exposto, são as relações entre indivíduos e grupos que explicam a existência da sociedade e é a partir da investigação desse fenômeno, que se dá de maneira distinta a depender das

configurações, que se pode compreender determinados aspectos da sociedade. É nessa rede de relações que são explicadas as condutas individuais, pois que, esse autor dá destaque central à ideia de que todos os indivíduos estão inseridos via de regra na sociedade da qual fazem parte, e que não existem indivíduos completamente independente e isolado das relações que o cercam. Assim, podemos pensar que as relações existentes entre a comunidade residente no município onde chagam os médicos cooperados do Mais Médicos, que são estrangeiros, deve ser de interdependência entre ambos os lados, as condutas individuais, tanto dos cooperados como dos habitantes locais e também da equipe médica da Unidade de saúde podem ser pensadas a partir das configurações relacionais, assim como propõe Elias.

Nesse ponto, é possível mostrar como Elias aplica sua teoria em um estudo de uma comunidade, resultando no livro “Estabelecidos e outsiders”. A ideia inicial do estudo desenvolvido por tais autores foi encontrar as explicações para o alto índice de delinquência em determinado bairro Inglês, mas, ao longo das observações outra questão veio à tona com mais intensidade. Ficou muito claro que havia dentro do mesmo bairro comunidade que se mantinham opostas, eram excluídas quaisquer relações entre elas, no entanto, não havia características que justificassem a princípio tal divisão, pois ambos os grupo tinham as mesmas características com relação à origem social, religião, tipo de profissão etc. A única característica que fazia com que os grupos fossem separados era o tempo em que habitavam a localidade. Esse era o ponto central de distinção entre eles, pois, o grupo que vivia há mais tempo (os estabelecidos) possuía coesão suficiente para posicionar-se em oposição ao grupo chegado há menos tempo (os outsiders).

Esse estudo é significativo à medida que, primeiro, as respostas encontradas na análise deste caso em específico apontou uma nova forma de abordagem para compreender as relações intergrupais, de tal forma, a capacidade de generalização desse estudo se mostrou importante e significativa também para a compreensão das relações sociais de um modo geral. Segundo, os esquemas teóricos adotados por Elias nesse caso ajudam a pensar as representações e auto-representações dos indivíduos e grupos a partir da relação entre ambos.

Em suma, vale destacar desse a noção sociodinâmica da estigmatização, que mostra como a imposição dos estabelecidos sobre os outsiders se dá em primeira instância porque os primeiros possuem uma coesão grupal gerada por normas muito específicas de comportamento e pela visão

de superioridade moral de tal forma que dispõem de recursos para manter uma relação assimétrica de poder diante do grupo oposto, que, por sua vez, não apresenta coesão interna nem para rebater a estigmatização. Outro ponto fundamental é a capacidade dos grupos de criar a sua própria imagem idealizada e impor estigmas sobre outros grupos de forma tão intensa que por inúmeras vezes os estigmas são incorporados à auto-identificação dos indivíduos dos grupos de forma a se sentirem de fato possuidores de características inferiorizantes. Isso denota uma visão clara de que as relações de poder entre esses grupos é bastante assimétrica, pois, de outra forma, o auto-enaltecimento e a estigmatização do outro não seria efetiva.

Como ferramenta de exclusão e estigmatização dos outsiders, a fofoca é utilizada de maneira eficaz, na tentativa de tornar o estigma algo materializado, palpável. Aqui podemos enquadrar bem as relações entre cooperados e os demais elementos que os cercam, percebe-se que diversas vezes a assimetria das relações se faz presente, seja quando a população cria fofocas sobre os médicos estrangeiros, como foi visto em campo, onde um morador afirma que não vai ao posto de saúde porque o cubano tem nojo de tocar nas pessoas, da mesma forma que outros afirmam de maneira contrária, que os médicos brasileiros “examinam só de olhar”, enquanto os estrangeiros tocam, conversam. Outro ponto a ser destacado é o questionamento das entidades médicas acerca da validade dos diplomas de Medicina dos estrangeiros, colocando em questão se realmente são médicos, questionando sua legitimidade do exercício da prática médica. São esses enunciados bastante presentes que demonstram, assim como observado no estudo de Elias, a existência de relações assimétricas entre os diversos grupos que compõem as relações sociais, principalmente após a inserção de um elemento distinto dos demais, seja na nacionalidade, no fenótipo ou na forma de vestir e falar.

A contribuição desse estudo também é a compreensão de como determinados indivíduos constroem a partir das relações intra e intergrupais as características que distinguem o “nós” do “eles”. Como é delimitada tal fronteira e como a coesão grupal constitui elemento central para a auto-identificação individual com relação à sua posição no grupo. E também como o grupo cria mecanismos de auto-controle interno para continuar garantindo as suas vantagens sociais em relação aos “intrusos”, vistos como ameaças.

Diante do exposto, a perspectiva apresentada pode lançar luz à compreensão das relações os médicos inseridos nas comunidades nesse contexto e a própria comunidade. Embora não se espere uma relação idêntica à encontrada em “Estabelecidos e outsiders”, pensar a relação entre comunidade e médicos pode ser feita levando em consideração como são formadas as configurações de poder entre ambos os grupos e se essa configuração permite ou não a relação entre eles e quais são as configurações que permeiam tais relações.

Observar as relações entre grupos e indivíduos como relações dinâmicas, que se modificam conforme as configurações de poder pendem mais para um grupo que para outro, ou à medida em que tentam se equilibrar as forças e mais, entender como os indivíduos constroem sua auto-identificação a partir das relações que estabelecem com outros indivíduos e a partir de seus pertencimentos e como caracterizam as fronteiras de quem são os que pertencem ou não pertencem a determinados grupos e lugares, quem são os “nós” e quem são os “eles”.

Para compreender como é construída a relação de identificação e diferenciação, os conceitos de auto-nomeação e hetero-nomeação de Cuche (2002) contribuem para compreender como é construída a imagem do médico cooperado tendo em vista que os enunciados sobre o “eu”, auto-nomeação, do “outro” hetero-nomeação, constituem o que o autor chama de processos de identificação, onde põe em questão o esquecimento da dimensão cultural por parte das teorias que tratam das chamadas identidades e propondo que tais processos incluem relações onde a identificação é um processo que passa necessariamente por um contato com o semelhante e com o diferente, onde são geradas nomeações, auto-nomeações e hetero-nomeações. Nesse mesmo sentido, Ennes e Marcon (2014) propõem uma forma semelhante de pensar as relações entre os sujeitos, agora como processos identitários, propondo também uma perspectiva metodológica que auxilia na análise e compreensão de tais processos, pensando-os a partir:

Eles envolvem a) os atores sociais de algum modo articulados a grupos, b) os motivos de disputas de pertencimento ou não a tais grupos, c) os elementos morais e normativos que regulam o meio pelos quais estes atores entram em interação pelo que disputam e d) os contextos históricos e sociais nos quais são produzidos e, ao mesmo, contribuem para sua produção. (ENNES; MARCON, 2014, p. 227).

Dessa forma, a compreensão de como é construída socialmente a identificação do médico cooperado em questão deve levar em conta quatro aspectos, como defende (ENNES; MARCON, 2014) sendo eles: os atores sociais, as normas, os bens em disputa e os contextos. Explicando:

deve-se pensar como atores sociais contribuem para a construção da identidade do médico estrangeiro em Sergipe, os próprios médicos estrangeiros, os não estrangeiros, usuários do sistema de saúde e a imprensa enquanto portadora do poder de elaborar e distribuir um discurso sobre tais atores. Além disso, pensar os bens simbólicos que estão em disputa, ou seja, a disputa pela ocupação de um espaço profissional específico, que constitui uma disputa que envolve relações de poder e de definir quais práticas são válidas e características da “boa medicina”.

Um terceiro aspecto é pensar em termo das normas que estão em questão, considerando as normas formais e informais do exercício da prática médica, além de todo o aparato legislativo que respalda a presença de estrangeiros e as reivindicações de outros grupos de deslegitimar tal presença. Por último, pensar os contextos históricos e sociais que vão possibilitando o surgimento de tal política pública de maneira a proporcionar melhor entendimento sobre as dimensões sociais que a explicam o posicionamento da classe médica nacional, da imprensa e dos usuários do sistema público de saúde com relação ao médico estrangeiro.

É em consonância com esses quatro parâmetros que se propõe aqui analisar a inserção dos médicos estrangeiros no Estado de Sergipe, e analisar de que maneira médicos, pacientes, e população em geral têm representado a vinda dos médicos estrangeiros para o Estado de Sergipe, para atuar pelo programa Mais Médicos para o Brasil.

2. O Programa Mais médicos em Sergipe - relatos do campo:

O programa Mais Médicos, implementado pela portaria interministerial Nº 1.369², de 8 de Julho de 2013, apresenta como proposta prover o preenchimento de vagas para médicos de assistência básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), levando médicos para áreas mais carentes desses profissionais, principalmente por dificuldade no provimento das vagas.

O programa foi elaborado tendo em vista três vertentes, sendo elas: a melhoria da infraestrutura da atenção básica da saúde, o fortalecimento e expansão dos cursos de medicina e o provimento de médicos para áreas com déficit desse tipo de profissional. Segundo o Governo Federal, para preenchimento das vagas pelo programa, são priorizadas áreas consideradas de

² Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html

maior vulnerabilidade e também aquelas áreas onde o provimento de médicos é mais difícil, seja pela distância dos centros urbanos, seja pela carência da localidade.

A adesão ao programa é feita pelo município, este solicita o recebimento de médicos do programa Mais Médicos, a proposta é analisada pela União e, posteriormente feita a distribuição de acordo com a demanda nacional. O contrato é firmado mediante assinatura de termo de adesão informando compromisso mútuo entre município e União, através do Ministério da Saúde para a contratação do profissional para trabalhar na localidade. Os profissionais são contratados pelo programa para exercer carga horária de 40 horas semanais.

A proposta de seleção do programa aponta como prioritária a disponibilização de vagas para médicos brasileiros formados em instituições brasileiras, estando em segundo lugar brasileiros formados em instituições estrangeiras e, por último, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior. Para se inscrever no programa o médico estrangeiro tem que comprovar proficiência na língua portuguesa. É ministrado, de maneira obrigatória, curso sobre a legislação referente ao sistema de saúde brasileiro e, mais especificamente sobre o SUS e também do idioma local aos médicos intercambistas.

Tal programa foi e é motivo de uma série de discussões, principalmente entre os profissionais da saúde. Uma das críticas é de que o programa seria apenas uma medida paliativa e não resolveria os problemas de infra-estrutura da saúde brasileira. Outra crítica foi feita à contratação dos médicos formados em Cuba, pois o regime de contratação é diferente dos demais profissionais, pois, enquanto a contratação é feita diretamente com os médicos, mesmo os estrangeiros, no caso dos cubanos o contrato foi feito por meio de acordo entre o governo brasileiro e o cubano com a intermediação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), onde a maior parte do salário é pago diretamente ao governo de Cuba e apenas uma parte é repassada aos médicos. Essa situação foi apontada por algumas vertentes midiáticas como sendo caracterizadora de regime de trabalho semelhante à escravidão e, também, apontando que o acordo feito para contratação de médicos cubanos teria, na verdade, o intuito de apoio e fortalecimento ao governo cubano.

Foram veiculadas notícias das mais diversas fontes relatando desde recepção festejada da chegada de tais médicos, até notícias de reações hostis, de agressões verbais e tratamento

xenofóbico. É esse contexto de disputa que vale ser estudado à luz da dinâmica dos processos identitários para compreender de que maneira tanto a imprensa quanto as comunidades de acolhida dos médicos estrangeiros e os próprios médicos constroem a figura desse imigrante. Compreender como são dadas as relações entre esses atores no contexto social no qual estão envolvidos. Entender a figura do médico e as disputas que permeiam o campo do exercício da medicina, inclusive a legitimidade acerca do fazer medicina e da figura do “bom médico”. É importante pensar por esse viés para compreender de que fora as disputas nesse campo contribuem para a construção identitária do médico estrangeiro. Inclusive na construção da própria política, há uma série de indícios que contribuem para a compreensão de como é significada a presença dos médicos cooperados no interior do Estado de Sergipe.

Nesse sentido, vale questionar se o Programa Mais Médicos surge como resposta à reivindicação de uma demanda pelos movimentos sociais tendo em vista o acesso ao direito à saúde, ou se, na verdade, embora o fim seja esse, existam muitos outros interesses que vão além desse? Também se deve questionar em que medida a implementação dessa política pública está permeada pelos interesses dos muitos atores sociais que fazem parte do seu campo de atuação, sejam eles partidos políticos, movimentos sociais, classe médica etc. A comunidade médica brasileira em grande medida se posicionou de maneira contrária à contratação de estrangeiros para atuação no programa, esse grupo seria também um grupo político diferenciado e forte a ponto de reivindicar o direito de determinar quem ocupa os cargos do programa? A maneira como os médicos brasileiros se organizaram para protestar também merece atenção, pois fornece indícios para entender o seu posicionamento em relação à esfera política, o questionamento é: por que tais reivindicações foram feitas em grande medida de maneira não institucionalizada?

No caso do Programa Mais Médicos, o Partido dos Trabalhadores (PT) é associado imediatamente como criador da política pública, pois é o partido que está na presidência atualmente, sendo inclusive bastante lembrado durante a campanha para reeleição de Dilma Rousseff. Com as primeiras notícias feitas sobre o programa e o preenchimento de uma pequena porção das vagas por médicos com diploma brasileiro, o Mais Médicos passou a ser massivamente utilizado nos discursos presidenciais em 2013, ano anterior à eleição presidencial,

e 2014. Foram encontradas citações ao Mais médicos em praticamente todos os discursos da presidente, embora as vezes que citavam os estrangeiros seja muito menor.

Durante entrevista com a coordenadora do programa em Sergipe, algumas informações importantes foram colhidas, assim como dados sobre a distribuição dos médicos pelo território sergipano. Sendo que o programa possui vínculo com a atenção básica de saúde. Os médicos cubanos são chamado de médicos cooperados. Existem em Sergipe, segundo a coordenadora, 160 cooperado trabalhando no estado e existem hoje 11.470 médicos cooperados em todo o Brasil. Os cooperados vêm pela parceria do Ministério da Saúde com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Esses médicos só podem ser substituídos por outros médicos cooperados em caso de desistência ou afastamento. Todos os médicos que se inscreveram para atuar no programa têm que fazer uma pós-graduação/especialização durante o tempo em que atuar pelo programa.

Os médicos cooperados ou não são acompanhados pela comissão do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) que é composta pelo ministério de Saúde, pelo MEC, UFS. O curso de especialização em Atenção Básica dos médicos aqui de Sergipe é feito pela UNASUS (Universidade Aberta do SUS) com duração de aproximadamente um ano e meio. A Universidade responsável por ministrar o curso de especialização aqui em Sergipe é a Universidade de Porto Alegre. O curso é realizado à distância e exige dedicação de uma vez por semana assistir as aulas em um pólo presencial.

A OPAS encaminha um representante por estado participante do Programa pra avaliar condições de trabalho e moradia. O acompanhamento dos médicos cooperados é feito em visitas ao município. Semanalmente representantes da OPAS e da Secretaria de Saúde visitam alguns municípios sergipanos para checar conformidade das condições de trabalho.

A UFS supervisiona a parte clínica do programa, os supervisores e tutores, médicos, etc. É feita reunião clínica com as Loco Regionais a cada 4 meses, mais ou menos, para discutir problemas mais freqüentes nos atendimentos de saúde com os médicos de cada regional, cooperado ou não. A parte técnica do programa é também supervisionada por médicos que têm a função de realizar o acompanhamento de dez médicos do programa com encontros mensais.

Segundo a coordenadora do programa em Sergipe, no ano de 2015 Sergipe só ofertou 60 vagas para o Mais Médicos (todas as vagas foram preenchidas por brasileiros).

Um ponto bastante interessante sobre os médicos cooperados, apresentado durante a entrevista, é que a condição dos cooperados é diferente dos outros médicos, pois, eles não podem exercer a medicina para além da unidade básica de saúde, não podem fazer cirurgias, entre outros procedimentos mais complexos. Os médicos que não são cooperados podem fazer o Revalida a qualquer instante e atuar além da unidade básica, mas os cooperados não podem. Aponta ainda que a vigilância sobre eles é bastante severa, é difícil conseguir abertura para pesquisar os cubanos.

Sobre o idioma, respondeu que, principalmente ao lidar com a representante da OPAS, no começo é mais difícil de entender, porque eles falam em espanhol, mas depois vai ficando mais fácil e com o tempo as pessoas se acostumam. Os cooperados, para poder participar do programa necessitam domínio do português e normalmente são pessoas que já exerceram medicina em outros países, ou seja, têm histórico de migração.

Durante a entrevista, a coordenadora falou que a quantidade de pessoas estudando o Mais Médicos não é tão pequena, mas resultados vão começar ainda a aparecer devido o pouco tempo do programa. De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde, para fins de facilitar a atuação da Secretaria em Sergipe, o estado foi subdividido em sete microrregiões de saúde³, sendo elas:

- Região de saúde de Aracaju: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima, São Cristóvão.
- Região de saúde de Estância: Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhy, Tomar do Geru e Umbaúba.
- Região de saúde de Lagarto: Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto.
- Região de saúde de Itabaiana: Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frey Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida.

³ Disponível em <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/resolucao-se.pdf>

Anais do I Seminário Nacional de Sociologia da UFS

27 a 29 de abril de 2016

Programa de Pós Graduação em Sociologia – PPGS

Universidade Federal de Sergipe – UFS

ISSN:

- Região de saúde de Nossa Senhora do Socorro: Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japaratuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri.
- Região de saúde de Nossa Senhora da Glória: Canindé de São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha.
- Região de saúde de Propriá: Amparo do São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca.

Nem todos os municípios sergipanos foram contemplados pelos médicos do programa, muito menos são aqueles que receberam médicos estrangeiros. De acordo com os dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde, estão trabalhando 18 cooperados na Região Aracaju, 32 na Região Estância, 23 na Região Lagarto, 11 na Região Itabaiana, 32 na Região Nossa Senhora do Socorro, 18 Região Nossa Senhora da Glória e 26 na Região Propriá. Os médicos estão distribuídos nos municípios dessas regiões na média de 2 a 3 médicos por município. Como podemos ver, o número de médicos não é pequeno, tendo em vista que vieram apenas nas primeiras etapas do programa. O contrato da maioria vence em 2016 e segundo a representante do Mais Médicos em Sergipe, é difícil que se pense em renovação contratual devido às condições econômicas nacionais.

Em entrevista com uma das enfermeiras que atua na equipe onde trabalham duas médicas cooperadas, quando perguntada se havia diferença entre o trabalho realizado pelas médicas com relação ao trabalho dos médicos brasileiro, ela afirmou não ver diferença, embora achasse as cubanas mais reservadas. Com relação ao idioma, falou ser a única coisa que à princípio dificulta um pouco a conversação, mas que dá para entender o que elas falam.

Sobre o trabalho exercido pelas médicas estrangeiras, falou que atendem os pacientes no consultório e fazem algumas vezes por semana visita nas casas da localidade, principalmente para fazer o acompanhamento dos que não podem ir ao posto de saúde.

Em conversa com a antiga coordenadora do programa Mais Médicos em Sergipe, que hoje trabalha coordenado a área de saúde bucal no Estado, que inclusive está terminando mestrado sobre os gestores do PMM, afirmou que o trabalho com os médicos não é difícil, mas exige tato por se tratar de outro tipo de relação, embora não tenha especificado o porquê. Ao dar instruções sobre como proceder na coleta de dados com os médicos, fez uma série de recomendações sobre tomar as precauções legais para coletar entrevistas por se tratarem de cubanos, pois, segundo ela, é difícil conseguir contato num primeiro momento e melhor evitar complicações. Tendo como base as conversas e entrevistas, é possível evidenciar algum receio por parte da gestora e da ex-gestora do programa com relação aos estrangeiros, mas no caso da enfermeira, a reação foi contrária, afirmando não sentir diferença na relação entre as médicas estrangeiras e os brasileiros.

Considerações finais:

Diante do exposto, a perspectiva apresentada se apresenta como válida e importante para dar conta de explicar as relações entre os médicos estrangeiros e as comunidades de atuação no estado de Sergipe, pois, possibilita lançar um olhar mais geral sobre as configurações grupais e as auto e heteronomeação dos indivíduos e dos grupos uns sobre os outros.

Embora não seja possível apresentar conclusões acerca das construções sociais relacionadas à construção identitária do médico cooperado atuante no estado de Sergipe, devido principalmente ao pouco contato com próprios atores, objetos desta pesquisa, podemos emitir proposições que nos ajudem a lançar um olhar mais atento sobre a questão. Metodologicamente também é importante considerar os indivíduos a partir das suas relações, pois ele é parte de seu ambiente e sofre influência dele. A interdependência entre os indivíduos e os grupos irá obedecer a configurações específicas a depender do contexto em que se inserem, são essas configurações que precisam ser levadas em conta para compreender a dinâmica intra e intergrupar, assim como perceber que são tais configurações que permitem a um grupo impor-se enquanto superior a outro de forma a estigmatizá-lo e subjugar-lo.

Podemos concluir que as relações entre médicos cooperados e comunidade, devem ser pensadas enquanto construções, onde se posicionam sempre de acordo com semelhança e

diferença frente a um outro, ou seja, relacionalmente. Deve-se então desfazer qualquer tipo de ideia que tente mostrar tais relações de maneira naturalizada, deixando de pensar as influências sociais e políticas, bem como das diversas mídias, que permeiam a construção de discursos e imagens adotados como característicos de tais médicos ou do verdadeiro exercício da medicina.

Embora os enunciados nesse campo englobem relações de poder, deve-se levar em consideração que seu processo de construção é uma via de mão dupla onde a construção da imagem dos sujeitos é resultante tanto da maneira como o outro denomina o grupo e como esse grupo opta por internalizar tal nomeação adotando-a como representativa de si ou não. Ou seja, as representações sobre os médicos cubanos resultam não somente de como se classificam e se apresentam, mas, também de como os outros os pensam e de como internalizam, rejeitam ou ressignificam cada uma das representações sobre eles para utilizá-las posteriormente.

Referências:

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. p. 17 – 92.

CUCHE, Denys. **O Conceito de Cultura nas Ciências Sociais**. Tradução de Viviane Ribeiro. 2 ed. Bauru: EDUSC, 2002.

ELIAS, Norbert. **Introdução à sociologia**. Lisboa: Edições 70, 2005.

ENNES, M.; MARCON, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 16, n. 35, jan/abr 2014, p. 274-305.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

LACLAU, Ernesto. Universalismo, particularismo e a questão da identidade. In: MENDES, Cândido. **Pluralismo cultural, identidade e globalização**. São Paulo: Record, 2001. p. 229 – 250.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica conceitual. In: SILVA, Tomaz Da Silva (org.) **Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7 – 72.